

**Ewa Gumbrecht**

**Fachärztin für Frauenheilkunde und**

**Geburtshilfe**

NAME:

Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Patientin,

bitte nehmen Sie sich in eigener Sache einen Moment Zeit.

Im Rahmen Ihrer Behandlung fallen Daten über Sie an, die von unserer Praxis zur Erfüllung des Behandlungsvertrages im notwendigen Umfang verarbeitet werden müssen. Diese können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß auch an Dritte (Labor, Krankenhaus, weiterbehandelnder Arzt) weitergegeben bzw. Arzt- oder Krankenhausberichte angefordert werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Ich erlaube Ihrer Praxis, dass Daten von mir an Dritte (s. oben) weitergegeben werden dürfen (bitte ankreuzen)

JA

NEIN

---

Datum

Unterschrift